

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM
CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO**

APENAS PARA FINS INFORMATIVOS – NÃO PREENCHER O FORMULÁRIO TRADUZIDO

O Departamento de Educação e Cuidados na Primeira Infância (EEC) fornece assistência financeira para educação e cuidados na primeira infância às famílias elegíveis de Massachusetts. Para estarem aptas, as Famílias devem cumprir as diretrizes de rendimento do EEC e devem demonstrar uma necessidade de serviço. A necessidade de serviço estipula-se como a quantidade de tempo de cuidados infantis necessária devido à participação dos pais (inclusive os tutores) numa atividade aprovada. Estas atividades aprovadas incluem o emprego, educação e formação.

Este formulário deve ser preenchido pelos(as) seguintes candidatos(as):

- Um(a) candidato(a) recém empregado(a) que ainda não consegue fornecer recibos salariais que documentem o seu rendimento num mês (4 semanas dentro do período mais recente de 6 semanas);
- Um(a) candidato(a) autónomo(a), inclusive profissional independente/trabalhador contratado(a);
- Um(a) candidato(a) pago(a) em dinheiro, cheque pessoal ou ordem de pagamento, independentemente se está empregado(a) ou trabalha como profissional independente/contratado(a) para um indivíduo ou negócio.

O objetivo deste formulário é verificar:

- a empregabilidade de um(a) candidato(a);
- o número de horas por semana que ele(a) trabalha;
- a quantidade de rendimento que ele(a) recebe por essas horas de trabalho; e
- se um(a) pai/mãe é elegível para a assistência financeira do EEC e, se for elegível, a quantidade de apoio à criança que ele(a) pode receber.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

Nota: A elegibilidade de uma pessoa para a assistência financeira do EEC não pode ser determinada a não ser que todas as secções deste formulário estejam totalmente completas e sejam devolvidas ao Administrador de Subsídio. É importante que o formulário seja preenchido e devolvido num tempo apropriado.

Instruções para o candidato à assistência financeira do EEC (pai/mãe):

1. Preencha as secções I, II, e III deste formulário.
2. Após preencher estas secções, deverá fazer e guardar as cópias no seu registo antes de entregar o formulário à pessoa que verifica o seu estado laboral.
3. Se é um novo funcionário ou um funcionário atual dum negócio e é pago em dinheiro, deve entregar este formulário ao seu empregador para preencher a Secção IV e enviá-lo ao Administrador de Subsídio.
4. Se é um profissional independente/contratado, deve entregar este formulário à pessoa/negócio para quem trabalha para que preencha a Secção IV e enviá-lo ao Administrador de Subsídio.
5. Se é autónomo, deve entregar este formulário a um dos seus consumidores/clientes ou provedores para preencher a Secção V e enviá-lo ao Administrador de Subsídio.
6. O responsável da sua empregabilidade deve preencher a Secção IV e enviar este formulário ao Administrador de Subsídio.

Instruções para a Pessoa Responsável da Empregabilidade:

Preencha a Secção IV deste formulário. Faça e guarde a cópia no seu registo e envie o original juntamente com qualquer documentação de suporte ao Administrador de Subsídio.

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM
CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO**

SECÇÃO I: INFORMAÇÕES DE EMPREGO

Deve ser preenchido pelo(a) candidato(a) à assistência financeira do EEC.

1. Nome do(a) candidato(a) (pai/mãe): _____
2. Tipo de emprego
 - a. Selecione a opção que melhor descreva a natureza do seu emprego.
 - Novo empregado do negócio citado abaixo. *Preencha **b** e **e** seguinte e descarte **c** e **d**.*
 - Já sou empregado do negócio citado abaixo. *Preencha **b** e **e** seguinte e descarte **c** e **d**.*
 - Trabalho como profissional independente/contratado para o negócio citado abaixo. *Preencha **b**, **c**, **d** e **e** seguinte.*
 - Sou autónomo. *Mencione o nome e o endereço do seu negócio, se aplicável, abaixo em **b**, e depois preencha **c** e **d**, e descarte **e**.*
 - b. Nome do negócio: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
 - c. Se é um profissional independente/contratado ou é autónomo, descreva que tipo de trabalho realiza ou a natureza do seu negócio (*por exemplo, conduzo um táxi*).

 - d. Se é um profissional independente/contratado ou é autónomo, trabalha ou fornece serviços para vários clientes?
 - Sim Não
 - e. Se é um empregado ou profissional independente/contratado, é pago em dinheiro ou com um cheque pessoal ou com uma ordem de pagamento pelo negócio citado anteriormente em **b**?
 - Sim Não

SE É PAGO EM DINHEIRO, ser-lhe-á requerido uma cópia da sua declaração de imposto de renda federal mais recente, inclusive todos os formulários aplicáveis e mapas financeiros, assim como uma transcrição da sua declaração de imposto de renda federal.

SE É PAGO COM CHEQUE PESSOAL OU POR ORDEM DE PAGAMENTO, ser-lhe-á requerido cópias de cheques cancelados ou de ordens de pagamento que reflitam o pagamento para 4 semanas das 6 semanas mais recentes, assim como cópias da sua mais recente declaração de imposto de renda federal, inclusive todos os formulários aplicáveis e mapas financeiros, assim como uma transcrição da sua declaração de imposto de renda federal.

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM
CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO**

3. Enumere a data de início do seu emprego, a data em que iniciou o seu trabalho como profissional independente/contratado, ou a data em que se iniciou como autônomo. _____
Por exemplo, 15 de janeiro de 2007
4. Quantas horas por semana trabalha? _____ horas
Se o seu horário laboral varia, enumere o mínimo e o máximo de horas semanais que pode trabalhar (por exemplo, entre 20-25 horas semanais).
5. Quanto rendimento, incluindo gorjetas, recebe semanalmente por essas horas de trabalho? _____
Se o seu rendimento varia, enumere a quantidade de rendimento que recebe por semana.
6. Descreva o seu horário laboral de cada semana (*por exemplo, de 8h a 16h às Segundas, Quartas e Sextas-Feiras*).

SECÇÃO II: AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Deve ser preenchido pelo(a) candidato(a) à assistência financeira do EEC.

Solicito assistência financeira para cuidados infantis do Departamento de Educação e Cuidados na Primeira Infância. Autorizo:

- o indivíduo mencionado na Secção IV a divulgar informações solicitadas neste formulário sobre mim;
- o indivíduo mencionado na Secção IV a partilhar informações relativas ao meu estado laboral, horário laboral, e rendimento com o Administrador de Subsídio da agência de recursos e encaminhamento a cuidados infantis e/ou EEC para determinar a minha elegibilidade para a assistência financeira; e
- o Administrador de Subsídio e/ou EEC a contactar o indivíduo mencionado na Secção IV para verificar as informações fornecidas neste formulário.

Compreendo que a minha decisão de autorizar ao indivíduo mencionado na Secção IV de partilhar informações sobre o meu estado laboral, horário laboral, e rendimento com o Administrador de Subsídio e/ou EEC é voluntária. No entanto, compreendo que se não autorizar ao indivíduo mencionado na Secção IV a partilhar estas informações, o Administrador de Subsídio e/ou EEC, não serão capazes de determinar a minha elegibilidade para a assistência financeira para cuidados infantis.

Nome do(a) pai/mãe em letra de imprensa: _____ Data: _____

Assinatura do(a) pai/mãe: _____

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELEFONE

E-MAIL

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM
CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO

SECÇÃO III: CERTIFICAÇÃO

Deve ser preenchido pelo(a) candidato(a) à assistência financeira do EEC.

Certifico que as informações fornecidas nas secções I e II deste formulário são, tanto quanto é do meu conhecimento e crença, verdadeiras e precisas. **Compreendo que se SOU PAGO EM DINHEIRO, sou responsável de fornecer uma cópia da declaração de imposto de renda federal mais recente, inclusive todos os formulários aplicáveis e mapas financeiros, assim como uma transcrição da declaração de imposto de renda federal. Também compreendo que se SOU PAGO COM CHEQUE PESSOAL OU POR ORDEM DE PAGAMENTO, serei obrigado a fornecer cópias de cheques cancelados ou ordens de pagamento que reflitam o pagamento para 4 semanas das 6 semanas mais recentes, assim como cópias da minha declaração de imposto de renda federal mais recente, todos os formulários e mapas financeiros e uma transcrição da declaração de imposto de renda federal.**

Certifico que as informações fornecidas neste formulário são, tanto quanto é do meu conhecimento e crença, verdadeiras e precisas. Compreendo que fornecer informações falsas ou enganosas relacionadas com a minha candidatura à assistência financeira do EEC, receber assistência financeira do EEC como resultado de qualquer informação falsa ou enganosa, e/ou o ocultar ou reter informação com o propósito de estabelecer ou manter a elegibilidade ou incrementar o nível de assistência de cuidados infantis pode conduzir a uma imediata terminação do meu subsídio de cuidados infantis. Também compreendo que **devo comunicar dentro de trinta (30) dias qualquer mudança temporária ou não temporária**. Mudanças temporárias incluem: qualquer ausência em tempo limitado de uma atividade aprovada do(a) pai/mãe devido a uma doença ou necessidade de cuidado de um membro Familiar; qualquer interrupção no trabalho de um trabalhador sazonal que não está a trabalhar entre temporadas regulares de trabalho industrial; qualquer semestre ou feriado para um(a) pai/mãe que participa na educação ou formação; qualquer outra cessação de uma atividade aprovada do(a) pai/mãe que não exceda as 12 semanas; e mudança na residência dentro do estado. Mudanças não temporárias incluem: rendimento total do agregado familiar que exceda o 85% SMI; mudanças na informação de contacto da Família; mudanças na composição do agregado familiar durante mais de 30 dias totais numa autorização de 12 meses; mudanças no acordo de custódia da criança; qualquer mudança no endereço para fora do estado; ou qualquer mudança ou cessação no trabalho do(a) pai/mãe, formação ou participação na educação que dure mais de 12 semanas. Compreendo que não comunicar uma mudança não temporária pode resultar numa Violação Intencional do Programa e pode ser objeto de desqualificação.

Assinatura do(a) pai/mãe: _____ Data: _____

SECÇÃO IV: VERIFICAÇÃO DO EMPREGO POR TERCEIROS

Deve ser preenchido pelo indivíduo que verifica a empregabilidade do(a) candidato(a) à assistência financeira do EEC.

Selecione abaixo a opção que melhor descreve a sua relação laboral com o(a) candidato(a).

- Sou o empregador do(a) candidato(a). *Se selecionou esta opção, preencha as Partes A e C abaixo e descarte a Parte B.*
- O(a) candidato(a) é um(a) profissional independente/contratado(a) a quem contrato. *Se selecionou esta opção, preencha as Partes A e C abaixo e descarte a Parte B.*
- Sou um consumidor/cliente do(a) candidato(a). *Se selecionou esta opção, descarte a Parte A abaixo e preencha só as Partes B e C.*
- Forneço bens ou serviços ao(à) candidato(a) como parte do seu negócio. *Se selecionou esta opção, descarte a Parte A abaixo e preencha só as Partes B e C.*

Mencione a data de início laboral do(a) candidato(a) ou, se o(a) candidato(a) é um(a) profissional independente/contratado(a) a quem contrata, mencione a data que ele(a) trabalhou para si por primeira vez.

DATA DE INÍCIO LABORAL: _____

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM
CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO**

Parte A: Deve ser preenchido pelo empregador do(a) candidato(a), ou se o(a) candidato(a) é um(a) profissional independente/contratado(a), pela pessoa/negócio que contrata o(a) candidato(a).

1. Descreva o tipo de trabalho executado pelo(a) candidato(a), o número de horas que ele(a) trabalha semanalmente, inclusive horário semanal, e a quantidade de rendimento que recebe por essas horas de trabalho. *Por exemplo, emprego a Jane Doe como empregada contratada para conduzir um táxi às Segundas, Terças e Sextas-Feiras de 08h a 18h. A Jane Doe trabalha 30 horas por semana e é paga 300\$ por semana mais as gorjetas.*

Forneça as seguintes informações sobre o seu negócio.

2. Nome do negócio: _____
3. Endereço do negócio: _____
4. Telefone do negócio: _____
5. Natureza do negócio: _____
6. Número da Segurança Social: _____ **OU** Número Identificador do Empregador (EIN)¹: _____
7. Estatuto corporativo do negócio: (selecione um dos seguintes)
- ____ Empresa Individual ____ Sociedade ____ Corporação ____ Corporação-S
8. Número de Certificado de "Doing Business As" (DBA): _____ (se aplicável)
9. Cidade/Município onde o DBA foi registrado: _____ (se aplicável)

.....

PARTE B: Deve ser preenchido por um consumidor/cliente ou provedor que verifique a empregabilidade do(a) candidato(a) à assistência financeira do EEC.

1. Selecione abaixo a opção que melhor descreva a sua relação comercial com o(a) candidato(a).
- Sou um consumidor/cliente deste(a) candidato(a).
- Forneço bens ou serviços a este(a) candidato(a) para o seu negócio.
2. Há quanto tempo é um consumidor/cliente/provedor deste(a) candidato(a)?

¹ Também conhecido como Número de Identificação Federal

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM
CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO**

3. Descreva o tipo de trabalho realizado pelo(a) candidato(a), inclusive a natureza dos bens/serviços fornecidos. *Por exemplo, Jane Doe tem o seu próprio negócio paisagista e faz trabalho paisagista e jardinagem.*

4. **Se é consumidor/cliente deste(a) candidato(a)**, com que frequência compra bens/serviços deste indivíduo? *Por exemplo, Jane Doe trata da minha relva e jardim duas vezes por mês durante os meses de Abril-Novembro.*

5. **Se fornece bens ou serviços ao(à) candidato(a)**, com que frequência fornece bens ou serviços a este indivíduo? *Por exemplo, entrego material de escritório à Jane Doe uma vez por mês.*

6. Sabe quantas horas semanais trabalha o(a) candidato(a) e/ou as suas horas de trabalho?

Sim Não

7. Se respondeu sim à pergunta 6, enumere abaixo as horas semanais e/ou horas de trabalho do(a) candidato(a).

.....
Parte C: Deve ser preenchido por todas as pessoas que verificam a empregabilidade

Certifico que as informações fornecidas na Secção IV deste formulário são, tanto quanto é do meu conhecimento e crença, verdadeiras e precisas.

Nome do Verificador em **letra de imprensa**: _____ Data: _____

Assinatura da Pessoa Verificadora da Empregabilidade: _____

Função do verificador _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Instruções para a Pessoa Verificadora da Empregabilidade do(a) candidato(a) à assistência financeira do EEC: Faça uma cópia deste formulário para o seu registo e devolva o formulário original e qualquer documentação de apoio a:

Administrador de Subsídio introduza o endereço ou anexe etiqueta de correio:
